Comment reconnaître le chlorure de baryte mélangé avec la matière des vomissements? N° 16.

Quelle est la cause de la coloration de l'iris?

Qu'est-ce que la nécrose? En quoi ressemble-t-elle à la carie? Comment en diffère-t-elle?

DÉCRIRE LES SYMPTOMES ET LA MARCHE DE L'ÉRYSIPÈLE AMBULANT. FAIRE CONNAITRE SON TRAITEMENT.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

LE 5 MARS 1838,

PAR FÉLIX-MARIE-HIPPOLYTE RANCUREL,

de LANÇON (Bouches-du-Rhône);

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Etenim omnes artes quæ ad humanitatem pertinent habent quoddam inter se commune vinculum, et quasi cognatione quâdam inter se continentur.

CICERO, *pro Archiâ poetâ.*

MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL aîné, Imprimeur de la Faculté de Médecine,

rue de la Préfecture, 10.

1838.

A Monsieur LORDAT,

Professeur de Physiologie.

A Monsieur RÉNÉ,

Professeur de Médecine légale à la Faculté de Montpellier.

Recevez l'expression de la vive reconnaissance qu'excite en moi le souvenir des bontés que vous n'avez cessé de me prodiguer.

F.-M.-H. RANCUREL.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Amour, respect et reconnaissance.

A MON FRÈRE, A MES SOEURS.

A mon Oncle HIPPOLYTE ÉMÉRIC.

A tous mes Parents.

Dans les occasions solennelles de la vie, on aime à s'entourer de tout ce qui vous est cher.

F.-M.-H. RANCUREL.



PREMIÈRE QUESTION.

SCIENCES ACCESSOIRES.

N° 26. — *Comment reconnaître le chlorure de baryte mélangé avec la matière des vomissements?*

Le médecin-légiste appelé à constater la présence du chlorure de baryte dans un véhicule, sans mélange d'autres substances, atteindrait facilement son but en faisant agir sur lui les réactifs appropriés. En effet, un corps qui est sans action sur la teinture de tournesol, qui ne verdit pas le sirop de violette, qui ne précipite ni par les hydro-sulfates ni par l'ammoniaque; qui, au contraire, donne un précipité par les sous-carbonates d'ammoniaque de soude ou de potasse, et n'est point soluble dans l'alcool concentré; un sel qui, combiné au sulfate de potasse ou l'acide sulfurique, fournit un précipité blanc, insoluble dans l'eau et dans l'acide nitrique; enfin, qui donne par le nitrate d'argent un précipité blanc caillebotté de chlorure d'argent, également insoluble dans l'acide nitrique, ne peut être que du chlorure de baryte.

Mais s'il a été mêlé à des fluides, dans le cas d'empêcher les menstrues d'agir sur lui, comme s'il était seul, il traitera le liquide suspect par du sous-carbonate d'ammoniaque dissous dans l'eau; bientôt un précipité de carbonate de baryte se formera; il le fera dessécher sur un filtre, pour le calciner ensuite avec du charbon. Que résultera-t-il de cette opération? un corps solide, d'une couleur grise verdâtre,

d'une saveur âcre et caustique, verdissant le sirop de violette et rougissant le papier curcuma. A ces propriétés on reconnaîtra la baryte.

Si les résultats de ces expériences étaient insuffisants pour établir la conviction de la justice, on aurait recours à la partie solide des matières vomies. Or, dans ce cas, il peut arriver, dit M. Orfila, que la baryte soit transformée en sulfate insoluble, au moyen des sulfates contenus dans les liquides, ou de ceux que l'on aura administrés au malade dans le but de s'opposer aux progrès de l'empoisonnement. La baryte, continue le même auteur, peut s'être précipitée à l'état de carbonate, soit par les carbonates solubles qui entrent dans la composition du liquide, soit parce qu'ayant été long-temps exposée à l'air, elle en aura attiré l'acide carbonique, un de ses éléments constituants. Enfin, le chlorure de baryte peut s'être combiné avec les matières solides alimentaires, ou avec les parois du tube intestinal.

Or, pour donner la solution du problême d'après l'examen des matières solides des vomissements, on les desséchera et on en opérera la calcination dans un creuset, après les avoir préalablement mêlées avec du charbon finement pulvérisé. Au bout de deux heures d'une chaleur très-intense, on obtient du sulfure de baryte, facile à reconnaître aux caractères suivants: en le mettant en contact avec une ou deux gouttes d'eau, il exhale une odeur d'œufs pourris ou de gaz acide hydro-sulfurique (hydrogène sulfuré). Si on le traite par l'acide hydro-chlorique (muriatique) faible, on obtient de l'hydro-chlorate de baryte (muriate), du soufre d'un blanc jaunâtre qui trouble la dissolution, et du gaz hydro-sulfurique (hydrogène sulfuré) qui se dégage. Les résultats étant tels que nous les indiquons, on pourra assurer que l'empoisonnement a été produit par une préparation soluble de ce genre, qui a été probablement rendue insoluble par son union avec quelque sulfate.

Si on obtenait de la baryte caustique au lieu du sulfure de baryte, on aurait de fortes présomptions pour croire que le chlorure a été transformé en carbonate par son mélange avec quelque sous-carbonate que contenaient les aliments.

SECONDE QUESTION.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

N° 13. — *Quelle est la cause de la coloration de l'iris?*

La membrane *Iris,* ainsi nommée de la variété des couleurs qu'elle présente, est une espèce de diaphragme tendu dans l'intérieur du globe oculaire, destiné principalement à mesurer la quantité de rayons lumineux qui doivent servir à l'acte de la vision. L'iris a été diversement décrit par les anatomistes, et a donné lieu à une foule de suppositions sur sa structure ; de-là peut-être le vague qui règne encore sur ce point et sur la cause véritable de sa coloration.

Bichat, dans son Anatomie descriptive, après avoir dit que l'iris paraît transparent quand on a enlevé l'enduit noirâtre qui tapisse sa face postérieure, ajoute que, par conséquent, il ne devait la coloration qui le décore qu'à ce même enduit par rapport auquel il faisait fonction d'un corps diaphane, mais que, du reste, on ignorait et la nature de ces couleurs et leur cause immédiate.

Cette multitude de stries radiées, qui, commençant à sa grande circonférence, vont, en convergeant, se terminer autour de l'ouverture de la pupille, ne paraissent pas devoir leur existence à une autre cause ; leur état, plus prononcé chez les animaux parvenus à l'âge adulte que

chez ceux qui comptent moins d'années d'existence, porte assez à croire ce que nous venons d'avancer. Ces saillies, ces nuances ne dépendraient-elles pas de la présence de cet enduit postérieur, puisqu'une fois enlevé par la macération, ou bien quand le progrès de l'âge ne lui a pas encore imprimé les nuances qu'elles doivent conserver tout le reste de la vie, elles ne sont plus ou beaucoup moins apparentes qu'auparavant?

M. Richerand, admettant l'arrangement particulier et l'entrecroisement singulièrement diversifié de vaisseaux, de nerfs et de tissu cellulaire, comme base de la structure de l'iris, fait pressentir la nécessité de cette texture pour l'accomplissement normal de la vision. Ne fait-il pas également pressentir la cause de cette coloration, puisque, en comparant, en procédant par analogie, cette même structure donnerait la solution du problême par les anastomoses, les anomalies des éléments qui entrent dans sa composition? Pourquoi, en effet, ces vaisseaux, ces nerfs ne subiraient-ils pas ici la même loi que dans les autres régions du corps où nous les voyons prendre des directions si diverses, les uns par rapport aux autres, où ils offrent enfin tant d'anomalies? Cette explication, quoique assez ingénieuse, ne nous paraît pas admissible; celle de Bichat, outre le nom de ce grand homme, comptant M. Adelon pour partisan, nous donne plus de garantie.

D'après ce dernier, la couleur de l'iris dépend de celle de son tissu qui est variable, et de celle de la couche noire de sa face postérieure dont l'éclat perce à travers son corps. Est-ce une membrane propre, l'uvée? Est-ce un prolongement de la choroïde? Quoi qu'il en soit, cette manière d'envisager la question nous paraît beaucoup en rapport avec l'observation; cependant la divergence des opinions nous commande la retenue: nous devons examiner celles des auteurs qui se sont occupés de ce sujet.

M. Maunoir, de Genève, ainsi que beaucoup d'autres anatomistes modernes, croient que deux plans de fibres musculaires, dont l'un irait en rayonnant et l'autre serait orbiculaire, forment le tissu de

l'iris. En nous associant à cette opinion, nous aurions la réponse à la question qui nous est proposée ; mais alors comment donner raison de la vivacité de ces couleurs ? Pourquoi ces nuances ne sont-elles pas toujours les mêmes, ou à peu de chose près? Comment expliquer cette coloration qui donne aux yeux des animaux albinos l'aspect que nous leur connaissons? Cette supposition est un peu invraisemblable ; il nous semble beaucoup plus rationnel, en adoptant entièrement les idées de Bichat et d'Adelon, qui sont celles d'auteurs non moins recommandables, d'appliquer à l'iris une comparaison qui fera mieux connaître notre pensée: regardons-le comme le verre qui entre dans la composition d'une glace, et l'enduit noirâtre qui le recouvre postérieurement, comme l'amalgame qui donne en quelque sorte la vie à cette même glace. Nous ne croyons pas nous éloigner beaucoup de la vérité en considérant le fait comme nous venons de l'exposer ; ce qui nous confirme dans cette idée, c'est l'analogie de sécrétion qui se montre sur cette membrane et celle qui donne à la peau, aux cheveux, etc., leur couleur, dont l'identité est constante avec celle de l'iris, et qui a servi de base à la division physiologique des tempéraments.

Cette variété, que l'on remarque dans la couleur des yeux, est particulière à l'espèce humaine, à celle du cheval, etc.; dans la plupart des autres animaux, dit Cuvier, elle est la même chez tous les individus. Cette remarque, qu'il a renouvelée d'Aristote, a donné lieu à une réflexion de notre naturaliste philosophe (Buffon), bien vraie et bien profonde. L'abandon de l'état de nature et la domesticité, dit-il, sont des sources très-fécondes d'altérations organiques ; ils portent principalement leur malheureuse influence sur les organes des sensations, comme étant ceux qui, vu l'importance et la noblesse de leurs fonctions, sont plus susceptibles d'éprouver des modifications, et sur lesquels l'action des causes qui agissent sur l'état et les rapports de l'espèce est la plus funeste.

TROISIÈME QUESTION.

SCIENCES CHIRURGICALES.

N° 338. — *Qu'est-ce que la nécrose? En quoi ressemble-t-elle à la carie? Comment en diffère-t-elle?*

Les anciens ne paraissent pas avoir eu des idées bien nettes sur la nécrose ; sans ignorer entièrement les différences qui font de cette maladie un genre à part dans l'ordre des affections du système osseux, ils n'en ont jamais donné une description exacte.

Hippocrate, en effet, dans ses aphorismes (liv. 6, aph. 45.), dit: « Les caries qui durent une année ou davantage occasionnent nécessairement quelque séparation des parties osseuses, et les cicatrices sont profondes. »

Il est évident que le phénomène de l'exfoliation est une nécrose, et qu'ici le mot *carie* remplace celui de *nécrose,* ce qui prouve qu'Hippocrate confondait ces deux maladies sous une même dénomination.

Celse parle d'un état morbide du système osseux, dans lequel l'os reste solide et ne se laisse pas pénétrer par le stylet, et d'une autre affection dans laquelle l'instrument perce à travers de l'os et en revient

gras ; mais, ainsi que Galien, il n'a pas entrevu les différences qui règnent entre ces deux maladies.

Il faut arriver jusqu'au siècle des Arabes pour trouver la description authentique de la première extraction d'un séquestre produit par une nécrose du tibia ; la confusion était pourtant encore telle, qu'on appliquait le mot *carie* à toutes les maladies des os, sans établir aucune distinction.

Ce n'est qu'en 1774 que le secrétaire de l'ancienne Académie de chirurgie, le célèbre *Louis* inventa le mot *nécrose*, de νεκροω, *je mortifie*, pour l'appliquer à cette maladie dans laquelle toute l'épaisseur d'un os et d'un os cylindrique était frappée de mort dans une étendue plus ou moins considérable. Chopart et David voulaient de plus que, dans tous les cas, l'os nécrosé et expulsé fût remplacé par un os de nouvelle formation. Mais, comme le fait observer Weidmann, cette innovation ne fut pas heureuse, puisque la portion d'os qui meurt et se détache n'est pas toujours remplacée, quoique la maladie n'ait pas changé de nature.

Aujourd'hui sa définition a reçu plus d'extension, et les chirurgiens s'accordent à dire qu'il y a nécrose toutes les fois qu'un os en tout ou en partie est frappé de mort, toutes les fois aussi qu'un fragment osseux dans lequel la vie a cessé se sépare de l'os.

Pour procéder avec ordre à l'exposition des caractères qui rapprochent la carie de la nécrose et de ceux qui en font deux maladies différentes, nous examinerons l'action des causes, les lésions qu'elles produisent, les symptômes qui les distinguent. Le travail de reproduction, la marche, la terminaison, le diagnostic, le pronostic et enfin les indications thérapeutiques seront mises en parallèle et compléteront le tableau que nous allons tâcher d'esquisser.

Causes. En réfléchissant sur les causes qui déterminent la nécrose et la carie, on leur trouve des traits de ressemblance si prononcés, qu'on n'est plus étonné que les anciens n'aient pas su les distinguer

l'une de l'autre, et qu'il ait fallu tant de siècles pour éclaircir ce point de pathologie.

En effet, les causes physiques qui les déterminent sont les mêmes ; elles ne diffèrent que par leur manière d'agir et selon les dispositions que le sujet leur présente ; car un individu placé sous l'influence d'une cause déterminante qui sera la même que celle qui agira sur un autre, sera atteint de nécrose ou de carie, selon son idiosyncrasie et ses dispositions particulières. C'est ainsi que la diathèse rhumatismale, le vice scrophuleux donneront à ces causes la direction qu'ils tiennent eux-mêmes ; on verra chez le sujet atteint de la première ou de la seconde de ces affections se développer une carie des extrémités articulaires, tandis que chez le syphilitique naîtra de préférence une nécrose. On pourrait multiplier ces exemples ; qu'il nous suffise de dire qu'on a cru voir souvent des caries scorbutiques là où il n'y avait que scorbut à un degré très-avancé, sans existence de l'autre maladie.

Puisque les mêmes causes produisent le plus souvent au début l'inflammation, doit-on en conclure l'identité de la nécrose et de la carie? Non, car le siége du mal est bien différent dans l'une et dans l'autre ; la première se porte de préférence sur le tissu compacte, tandis que la seconde affecte une prédilection pour le tissu spongieux des os ; et d'ailleurs, sans ajouter plus de valeur qu'il n'en mérite à ce résultat clinique, disons qu'il ne faut pas, pour connaître un objet, le regarder d'un seul côté, afin de porter sur lui un jugement consciencieux. Poursuivons.

Caractères anatomiques. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous venons de dire sur le siége le plus commun des maladies qui nous occupent, elles intervertissent quelquefois cet ordre. Mais un caractère incontestable, constant, dont l'existence est intimement liée à celle de la maladie, sur lequel l'auteur du mot *nécrose* s'est seul appuyé, c'est que, dans cette lésion, la vie et tous les phénomènes qu'elle produit sont éteints ; la partie morte devient à charge à celle qui lui est contiguë, et détermine, de sa part, un travail particulier tendant

à la débarrasser de ce voisin inutile. Dans la carie, au contraire, la vie existe ; toutes les périodes par lesquelles elle passe sont suscitées, tracées par le principe de vie ; seulement il est perverti. N'est-ce pas un acte tout vital que cette succession de phénomènes par lesquels la partie malade s'injecte, se ramollit, suppure et se détruit? Dans le premier cas sa sensibilité est nulle, tandis que, très vive dans le second, elle est le cri d'un organe souffrant, qui vit par conséquent.

L'inflammation est primitive dans la carie ; elle est ordinairement consécutive dans la nécrose et ne se montre qu'après que la maladie est bien déclarée, ou mieux quand elle tend à la guérison.

Symptômes. Les phénomènes inflammatoires de la nécrose se passant le plus communément dans le périoste et la membrane médullaire, organes doués de quelque extensibilité et d'une certaine étendue, il en dérive que les tumeurs auxquelles elle donne lieu ont plus de volume et de largeur que dans la carie. Dans celle-ci, au début, le ramollissement gagne de proche en proche jusqu'aux parties saines, les cellules sont remplies d'un sang noirâtre, de-là aussi les tumeurs qu'elle forme sont moins larges et moins volumineuses ; dans la nécrose, le travail morbide est limité, il a une étendue déterminée, la partie morte est séparée de l'os par les bourgeons cellulo-vasculaires qu'il fournit ; dans la carie comme dans les ulcères des parties molles, il est de la nature de la maladie de s'étendre, de gagner du terrain.

L'aspect des fongosités produites dans l'un et l'autre cas éclaire sensiblement le diagnostic différentiel ; tandis que les unes sont d'un rouge vermeil, dures, qu'elles ne se laissent pas pénétrer par le stylet, celles de la carie sont molles, blafardes, saignantes et très-friables. Le pus, dans la nécrose, est le produit d'une suppuration qui parcourt ses phases avec régularité, il est louable en un mot, tandis que, plus abondant dans la carie, il est mal lié, sanieux, floconneux, fétide et d'une couleur grisâtre. Dans celle-ci, un stylet d'argent introduit à travers le trajet fistuleux en revient noir, chargé qu'il est des émanations d'hydrogène sulfuré résultant de la mauvaise qualité du pus, au

lieu que dans la nécrose ce signe n'existe pas. Ce moyen de diagnostic, développé par M. Lallemand dans une de ses cliniques du mois dernier, peut, dans bien des circonstances, donner la solution du problême.

La sortie de parcelles osseuses, phénomène naturel à la nécrose, le produit d'un accident dans la carie méritent de fixer l'attention du chirurgien. Ici elles sont plus petites, par fragments très-minimes, presque pulvérulents, très-friables; dans la nécrose, leur dureté, ainsi que l'arrangement particulier des aréoles du tissu osseux auquel elles ont appartenu, les font facilement distinguer. Ces caractères ne sont cependant pas toujours aussi marqués; c'est d'après cela que nous devons trouver une excuse aux anciens, et donner en quelque sorte raison de l'ignorance dans laquelle ils sont restés pendant tant de siècles à ce sujet. L'inspection de ces molécules peut bien donner le change; dans les deux maladies elles semblent inorganiques, privées de vie, résultant d'un travail que la nature aurait fait en séparant, molécule à molécule, la trame organique de l'inorganique.

Nous nous sommes arrêté jusqu'à présent sur les différences les mieux établies entre la nécrose et la carie; accoutumé par cet examen aux formes que présentent ces deux maladies, entrons dans des détails un peu plus munitieux: c'est de leur exposition que pourra résulter le tableau des ressemblances qu'elles ont entre elles.

Ainsi que nous l'avons dit, il arrive dans la carie qu'une portion d'os se fasse jour au-dehors, que l'os malade se débarrasse de quelques molécules dans lesquelles le travail ulcératif a cessé; cet accident n'arrive-t-il pas dans la simple inflammation du tissu osseux? Or, dans ce cas, cette élimination est-elle l'effet de la carie ou de la nécrose? L'os a-t-il été carié avant d'être nécrosé? En comprenant l'analogie qui règne entre l'inflammation des os et celle des parties molles, nous ne balançons pas à répondre par l'affirmative. Pourquoi la gangrène ne suivrait-elle pas ici la même marche? Cependant, s'il existe sur un même os l'une et l'autre affection, comment reconnaître à laquelle des deux appartient le produit soumis à nos investigations? En portant son attention sur la marche consécutive des symptômes: s'ils persistent,

s'il n'y a pas amendement notable après l'expulsion de la portion osseuse, on conclura qu'il y a carie; dans les conditions inverses, on diagnostiquera la nécrose.

Le diagnostic sera encore très-difficile, lorsque le siége de la maladie étant superficiel, le travail d'érosion se faisant à la surface des os, comme on le voit au début, on n'a pas de guide sûr dans l'examen que l'on se propose de faire. Mais ces difficultés s'aplanissent quand la maladie a fait des progrès, que les bourgeons charnus sont formés; les caractères auxquels on les reconnaîtra seront les mêmes que ceux que nous leur avons assignés, ainsi que les qualités de la suppuration; seulement, la marche des symptômes viendra corroborer le jugement que l'existence des autres aura fait porter. Il peut arriver, par une aberration que la nature, souvent peu complaisante pour nos théories, se plaît à suivre, que les mêmes symptômes suivent une marche à peu près inverse. Or, dans ce cas, le chirurgien n'est-il pas exposé à errer? Sans doute. Mais ces exceptions sont si rares, que s'il se trompe il en accusera la nature, et pourra se consoler en pensant qu'il ne pouvait faire mieux à moins d'avoir le don de prescience.

Notre but n'est pas encore atteint : nous avons à tracer l'histoire de ce qui se passe dans la reproduction de l'os carié ou nécrosé, ainsi que la marche qu'affectent ces deux maladies, leur mode de terminaison, le diagnostic à tirer d'après les données déjà émises; nous terminerons le parallèle par l'exposé des indications thérapeutiques qu'elles présentent, toutefois après que l'appréciation de leurs pronostics aura été faite.

Reproduction. C'est dans l'accomplissement du travail reproducteur que les différences que nous nous efforçons d'établir sont le plus tranchées. Or, ce phénomène a pour agent principal dans l'une et dans l'autre le périoste et la membrane médullaire. Ces deux organes sont, ou détruits, ou profondément altérés dans la carie: que va-t-il en résulter? Que l'os de nouvelle création sera informe, créé par la nature dans l'intention seulement de remplir une lacune, au lieu que celui

qui succédera à la perte de substance d'un os nécrosé, sera organisé, aura des qualités plus ou moins complètes, et une certaine aptitude à remplacer, ou presque remplacer les pièces perdues dans les actes qu'elles étaient appelées à remplir.

MARCHE. La marche de la nécrose est souvent lente comme celle de la carie ; mais le caractère franchement inflammatoire qu'elle revêt quelquefois, suffit lui seul pour faire connaître la maladie. Les abcès qui en résultent offrent encore des différences : ceux de la nécrose ne sont pas, comme les abcès par congestion, éloignés du lieu où siège le mal qui les fomente; on peut, aux premières investigations, leur assigner une origine certaine ; dans la carie, au contraire, le pus se rassemble en foyer, après avoir fusé à travers plusieurs régions du corps.

La TERMINAISON la plus commune de la nécrose est la guérison; si le séquestre est expulsé, elle n'est jamais retardée que par l'enclavement de celui-ci et la difficulté qu'il présente à l'os pour retourner à sa norme primitive. La carie, que l'on compare avec raison à l'ulcération des parties molles, tend toujours à s'agrandir, à s'étendre. Cependant ceci n'est pas toujours vrai, puisque très-souvent, après l'expulsion des parcelles osseuses qui entretenaient l'inflammation ulcérative dans la plaie de l'os, la marche qu'elle suit est à peu près la même, et donne ainsi souvent naissance à des erreurs.

Tout ce que nous venons de dire est toujours applicable, lorsque le secours des sens pourra être iuvoqué, et que la lésion existera sans complication. Il n'est pas aussi aisé d'entrevoir la vérité, quand on n'a pour guide, dans l'inspection profonde d'un os, que les signes dont la raison doit faire l'analyse. Bien interprétés par un esprit sévère, ils feront encore briller des nuances qui montreront une ligne de démarcation ineffaçable entre les deux maladies qui nous occupent.

Les cas que nous avons supposés, tels que celui où l'inflammation a précédé la nécrose, celui où la nécrose et la carie siègent simultané-

ment sur un même os, peuvent jeter de la confusion dans l'esprit; mais l'examen des symptômes ultérieurs, tels que nous les avons étudiés, contribuera à éclairer cette confusion. Ainsi, quand, après l'expulsion d'une parcelle osseuse, la maladie cesse ou marche régulièrement vers la guérison, on pourra annoncer qu'il y a nécrose; on diagnostiquera une carie dans les circonstances inverses. Il pourra bien encore rester un vide dans l'esprit; mais comment le combler? comment l'exiger dans une science où la rigueur mathématique ne peut être invoquée?

Pronostic. Il est opposé dans l'une et dans l'autre. Sans entrer dans de plus grands détails, puisque ceux que nous avons fournis nous en dispensent, nous rappellerons le conseil donné par les chirurgiens les plus estimés, de changer la carie en nécrose; preuve que l'une est plus redoutable, plus meurtrière que l'autre, puisque les efforts pratiques doivent toujours tendre à opérer cette métamorphose.

Indications curatives. Ce paragraphe complétera le parallèle que nous nous sommes efforcé d'établir, et confirmera une vérité bien admise, que la carie et la nécrose sont deux maladies essentiellement différentes. En effet, à quoi doivent tendre les efforts du chirurgien dans la carie? à modifier le mouvement organique qui s'opère dans l'os carié, à l'arrêter. Dans la nécrose son but doit être tout-à-fait opposé, il devra le favoriser. Prise sous ce point de vue général, cette assertion ne peut paraître trop hasardée; mais, à leur début, ces deux maladies ne présentent pas d'indications spéciales, elles réclament concurremment l'emploi des moyens propres à enrayer la marche du mouvement fluxionnaire, alors elles se ressemblent encore; ne se rapprochent-elles pas aussi quand elles sont parvenues à leur période extrême, alors que les symptômes les plus alarmants se déclarent, et que l'amputation est la seule ressource à laquelle on doive recourir?

QUATRIÈME QUESTION.

SCIENCES MÉDICALES.

N° 491. — *Décrire les symptômes et la marche de l'érysipèle ambulant. Faire connaître son traitement.*

L'érysipèle, la plus commune des maladies de la peau, est une affection exanthématique, le plus souvent essentielle, quelquefois symptomatique, caractérisée par une sensation pénible dans le lieu où elle doit se développer, une chaleur âcre, superficielle, un prurit léger au commencement, se changeant bientôt en douleur ardente, avec rougeur donnant sur le pâle, également répartie, luisante, disparaissant sous la pression du doigt pour revenir aussitôt qu'elle cesse, et se terminant le plus ordinairement par desquamation.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la racine du mot *érysipèle:* les uns, et c'est le plus grand nombre, le font dériver de ερυω (*j'attire*), πελασ (*proche*), pour faire allusion à la tendance qu'il a à se propager, s'étendre de proche en proche; les autres veulent que d'ερυθρος (*rouge*), on ait tiré *érysipèle*. Cette explication nous paraît un peu forcée; nous préférons et adoptons la première, comme s'accordant beaucoup mieux

avec le mot *érysipèle,* exprimant de plus une forme qu'il tend très-souvent à revêtir, celle d'*errer,* d'être *ambulant* à la périphérie du corps. C'est accompagné de ce dernier caractère, que nous allons l'étudier dans les symptômes qu'il présente et la marche qu'il tient.

Les symptômes précurseurs de l'érysipèle ambulant sont ceux de toutes les maladies aiguës : malaise général, lassitudes spontanées, frissons passagers, dérangement dans le rhythme du pouls. A ces symptômes communs s'en joignent d'autres qui lui sont propres : tels les engorgements des ganglions lymphatiques voisins du lieu où il va se déclarer ; sensation de brûlure plus ou moins vive ou d'engourdissement. Une rougeur partielle annonce plus clairement la maladie qui va commencer et le lieu où elle va faire éruption ; d'ailleurs, chaque région offre des différences en raison de sa texture anatomique, de sa position relative, et du voisinage des centres les plus importants à la vie ; aussi la tête va-t-elle devenir le siége du mouvement fluxionnaire. Le malade tombe dans le coma, la torpeur; quelquefois le délire annonce que le cerveau n'est pas étranger à l'ébranlement général. Chaque partie a des symptômes qui lui sont propres et qui annoncent une invasion prochaine. Bientôt on aperçoit la rougeur occupant un petit espace ; elle s'étend par degrés sur une surface plus considérable où elle forme une plaque toujours irrégulière au début, obscure, devenant en général très-marquée pendant le cours de la maladie, et offrant une teinte qui varie depuis le rose tendre jusqu'au rouge écarlate ou violacé, laissant poindre une nuance jaune. Le gonflement de la portion de peau affectée est peu sensible à la vue, plus appréciable par le tact. On perçoit, en effet, une sensation de rénitence, de dureté qui n'existe pas à l'état normal ; le doigt, promené sur la limite du mal, fait sentir un bourrelet formé par le soulèvement de l'épiderme. Ce gonflement, comme on le pense bien, sera d'autant plus appréciable qu'il existera sur une partie où se trouve un tissu cellulaire plus lâche, comme au prépuce, aux grandes lèvres, aux paupières ou aux autres parties de la face. Il sera encore en raison directe de l'inflammation : il sera bien moindre quand l'épiderme seul sera enflammé,

que lorsque les couches qui constituent l'enveloppe cutanée le seront simultanément.

Le malade se plaint souvent d'une douleur incommode, prurigineuse ; on a vu cette douleur précéder l'éruption, disparaître pendant la période d'état pour se montrer de nouveau au déclin de la maladie. Une chaleur âcre, mordicante, accompagne la douleur ; les mouvements de la partie sont troublés d'une manière notable, ils sont pénibles, souvent impossibles. L'érysipèle, siégeant à l'orifice des ouvertures naturelles, empêche les fonctions de l'organe qui l'avoisine; de-là l'impossibilité d'articuler, d'entendre ou de voir, suivant qu'il a envahi la bouche, l'oreille ou l'œil, etc. Les fonctions sont également perverties; on ne peut en douter d'après MM. Chomel et Alibert, ces auteurs attribuant les phlyctènes qui souvent en sont le produit, à une exhalation anormale.

Les phénomènes que nous venons de passer en revue éprouvent des changements, des modifications, que l'observation clinique fait apercevoir. Ainsi, au début de celui qui doit parcourir peu à peu une portion de la surface de la peau, les symptômes généraux sont plus intenses que quand la maladie aura exécuté un premier, un second, etc., déplacement. M. Chomel, qui fait cette remarque d'après Sennert, ajoute que peu à peu il n'existe plus qu'avec des traces très-fugaces.

La marche de l'érysipèle est ordinairement rapide ; au quatrième ou cinquième jour de l'éruption, quelquefois vers le sixième, septième ou huitième, la moiteur de la peau, une sueur nocturne, ou bien la diarrhée, une hémorrhagie ou des urines à sédiment purulent, annoncent que la fièvre et l'inflammation sont tombées. La partie s'affaisse et pâlit ; l'épiderme se détache par écailles. En peu de jours il n'existe plus de trace de phlogose.

La série des phénomènes que nous avons tracés a lieu dans un ordre décroissant dans les divers points où l'éruption s'est propagée, en sorte que souvent la période de déclin commence dans un point, alors que celle d'augment n'est pas établie dans l'autre. On a cependant remarqué que souvent la desquamation s'opère dans l'endroit où il s'est

développé en dernier lieu, en même temps que dans celui où il existait trois ou quatre jours auparavant.

Traitement. Dans le traitement de l'érysipèle ambulant, il faut toujours prendre en considération les causes, l'épidémie régnante, la constitution du sujet, mais surtout la fièvre qui l'accompagne. L'observation des causes sera un guide sûr pour conduire à un traitement rationnel ; c'est ainsi que, par exemple, celui qui est dû à la suppression de la transpiration cédera aux sudorifiques, tels que le sureau, la salsepareille, l'administration du nitrate de potasse, les fomentations sèches avec la flanelle imbibée de vapeurs excitantes, etc. La fièvre sera prise en considération, son caractère fournira des données précieuses; ainsi, avec la complication inflammatoire, elle demande les saignées répétées et peu copieuses, l'application des sangsues dans le voisinage. Les symptômes concomitants seront mis de côté, leur disparition coïncidant souvent avec celle de l'inflammation. Les saignées copieuses seront infiniment plus nuisibles qu'utiles. Si l'on veut obtenir une résolution par la peau, il faut lui laisser la force d'opérer.

Ce que nous venons de dire n'est pas absolu. On cherchera à combiner l'usage de ces divers moyens avec le danger du voisinage d'un organe essentiel ; on se comportera différemment suivant que la tête, la poitrine ou les extrémités seront menacées.

Les évacuants, les toniques, les diurétiques seront administrés suivant les symptômes, l'état du malade, son tempérament, ou la nature de la fièvre.

Le traitement général a réuni, de tout temps, les partisans des doctrines sages; il a peu varié. Mais quand on a pensé à attaquer directement l'érysipèle ambulant, on n'est pas tombé d'accord d'une manière aussi unanime.

Les uns veulent qu'on le fixe, par l'emploi d'un vésicatoire, au centre du point qu'il occupe, ou sur un de ceux où il s'est primitivement établi, et qu'on traite les autres symptômes par les moyens qui leur conviennent. Les autres proposent la circonscription, à l'aide du

vésicatoire en ruban ou du caustique. M. Larrey cautérise avec une plaque rougie au blanc la surface érysipélateuse, il attribue les meilleurs effets à cette pratique; nous la lui avons vu employer une fois, mais sans succès. Nous citerons aussi les frictions mercurielles préconisées par MM. Ricord et Serre, d'Alais.

Terminons l'énumération que nous venons de faire, en citant le coton écru dont M. Reynaud, chirurgien en chef de la marine à Toulon, tire, dit-il, de si merveilleux avantages. Son opportunité, pas plus que celle des autres topiques, ne nous paraît pas établie dans la maladie qui nous occupe. Qu'il nous suffise de proclamer sa supériorité à tous égards sur les autres; car, vu que l'érysipèle ambulant se montre souvent, comme phénomène ultime, chez les individus épuisés par de longues souffrances, et n'est que le symptôme, la traduction de lésions plus meurtrières et souvent incurables, il vaut beaucoup mieux attaquer le mal dans sa source, que de lui livrer, à l'aide des topiques, des combats inutiles.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, Prés.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, *Examinateur.*	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGES.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN, *Suppléant.*	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES,	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHE.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND, *Suppléant.*
POUZIN, *Examinateur.*
SAISSET.
ESTOR, *Examinateur.*
